

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 46.

Warszawa d. 17 Listopada 1906 r.

T. XXXIV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50
Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.
Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“, Biuro ogłoszeń Ungla Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Nowo-Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O postępujących zanikach mięśni. Podał d-r J. Rotstadt. — Przewlekłe zatkanie kamieniem przewodu żółciowego wspólnego. Lithiasis ductus choledochi chronica. Napisał W. H. Krajewski. (Ciąg dalszy). — Streszczenia i wyciągi. 106. Ostre gościec stawowy, płasawica i zapalenie wśierdzia u dzieci. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Rotstadt—Sur les atrophies musculaires progressives. 2) D-r W. H. Krajewski — Lithiasis chronique du ductus choledochus.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r J. Rotstadt — Ueber progressive Muskelatrophien. 2) D-r W. H. Krajewski — Chronische Verstopfung des Ductus choledochus durch einen Stein.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału dla chorych nerwowych d-ra med. E. Flataua
w szpitalu żydowskim na Czystem.

O POSTĘPUJĄCYCH ZANIKACH MIĘŚNI.

(Z jedną tablicą rysunków).

Podał

D-r JULIAN ROTSTADT

Asystent oddziału.

Postępujące zaniki mięśni stały się dopiero w pierwszej połowie XIX wieku przedmiotem bardziej gruntownego badania naukowego. Szybki rozwój nauk przyrodniczych, a biologicznych w szczególności, zrodził i w medycynie nowe

myśli, urobił nowe metody badania, odrębne, dotąd nieznane lekarzom, uwydatnił wybitne znaczenie obserwacji naukowej. Objawy chorób, dotąd niespostrzegane lub niedoceniane, zaczęły przykuwać uwagę nie tylko badaczy-myślicieli, ale też i ogółu lekarzy. Obserwacja naukowa stała się podwaliną badania klinicznego, dodała też bodźca do prac klinicznych i anatomicznych w dziedzinie patologii postępujących zaników mięśni, w której jednak po dziś dzień wiele spraw pozostaje nierozwiązaną zagadką.

Jeden z podanych niżej trzech przypadków p. z. m., mianowicie pierwszy, odpowia-

dający t. zw. młodzieńczej (juvenile) postaci ERB'a, obserwowaliśmy przez czas dłuższy. Zakończył się on śmiercią. Tem chętniej przystąpiliśmy do anatomo - patologicznego badania zarówno układu nerwowego, jak i mięśniowego zmarłej chorej, że liczba szczegółowo zbadanych przypadków tej formy postępujących zaników mięśni jest bądź co bądź w literaturze odnośnej nieznaczną. Cenne dane anatomiczne zawierają prace ERB'a, ROTH'a, FRIEDREICH'a, BARSIKOW'a, Fr. SCHULTZE'go, LANDOUZY, DEJERINE'a, MARIE'go, DIPPER'a i w. inn. Prace kliniczne w tym kierunku są liczniejsze; do najlepszych zaliczają ERB'a, PENZOLDT'a, HOFFMANN'a, SINGER'a, LADAME'a, HITZIG'a, SACHS'a, WESTPHAL'a, RAYMOND'a, BREGMANA. Opisy kliniczne przypadku 2 i 3 podajemy w tej pracy, jako ciekawy przyczynek do badań nad postępującymi zanikami mięśni wogóle. Rozpoczynamy pracę naszą krótkim zarysem historycznym. Ma on na celu jedynie przez wskazanie i zestawienie wyników prac najważniejszych uwidatnić punkty zwrotne w ewolucji wiedzy o p. z. m.

Zarys historyczny¹⁾.

VAN SWIETEN już w 18 wieku zwraca uwagę na zaniki mięśni, jako na następstwo bezwładu, spowodowanego przez zatrucie ołowiem. Wie on, że włókno mięsne może zaniknąć zupełnie, że na miejsce jego może wystąpić bezkształtna masa tłuszczowa; rozróżnia atrofię np. w suchotach (kachektyczną) i zaniki, zależne od cierpienia samoistnego tkanki mięśniowej; zastanawia go również symetryczny niekiedy układ zaników mięśni.

¹⁾ Dla zarysu historycznego korzystaliśmy przede wszystkim z materiału (do 1893 r.), który z niezwykłą starannością zebrał i zestawiał Roth w swej monografii: *Myszeczna Suchotka*, następnie z danych, jakie podaje Lorentz w pracy swej: *Die Muskelerkrankungen* i G. Durante w *Anatomie pathologique des muscles*, umieszczonej w *Manuel d'Histologie pathologique* Cornil'a i Ranvier'a. 1902 r. T. II i n. innych.

BELL (1836) podkreśla okoliczność, że zaniki mogą wystąpić w pewnych tylko określonych grupach mięśniowych, mających wspólną funkcję fizyologiczną. BELL chciałby uzależnić takie zaniki jedynie od porażenia nerwowych gałązek, unerwiających odnośne mięśnie. Gdyby bowiem, jak sądzi, przypuścić porażenia całych pni nerwowych, istniałyby zaniki w całej kończynie. MAYO (1838) robi pierwszą próbę klasyfikacji zaników mięśni; przeciwstawia zanikom zwykłym w bezwładzie i wycieńczeniu zaniki „spastyczne” (np. w *torticollis*) i następnie takie, jakie dwa razy obserwował w mięśniach górnych kończyn, gdy na skutek sprawy ostrej, spowodowanej oziębieniem, w krótkim czasie przy objawach znacznej bolesności wystąpiły zaniki na ramionach, łopatkach i in. FRORIPE (1843) zwraca uwagę na osłabienie pobudliwości elektrycznej w bezwładnych i zanikających mięśniach. ROMBERG (1846) obserwuje drgania włókienkowe—fibrilläre Zuckungen—w przypadku postępującego zaniku mięśni; podkreśla jednocześnie zachowanie wszystkich rodzajów czucia, normalną funkcję odbytncy, pęcherza i brak w przypadku jego widocznych zmian makroskopowych w rdzeniu i nerwach obwodowych. Punktem wyjścia dla całego szeregu nowych badań nad postępującymi zanikami mięśni stają się prace DUCHENNE'a, CRUVEILHIER'a i ARAN'a. DUCHENNE i w tej dziedzinie patologii okazuje się przenikliwym i twórczym badaczem. Głębokie obserwacje naukowe w okresie od 1847—1849 pozwalają mu przypuszczać istnienie 2 kategorii zaników mięśni. Pierwszą kategorię stanowią napotymane w chorobach chronicznych, cierpieniach mózgowia. Cechuje je ta właściwość, że przy różnym stopniu bezwładu mięsień nie traci własności fizyologicznej, nie przeistacza się w tkankę tłuszczową; ta natomiast może być niekiedy bardzo rozwinięta w zanikach drugiej kategorii, gdy włókno mięsne ztraca w mniejszym lub większym stopniu normalną budowę lub zanika zupełnie. Zaniki

drugiej kategorii, według DUCHENNE'a, rozwinać się mogą: po pierwsze, w cierpieniach rdzenia i nerwów, wychodzących z niego, a zgodnie ze współczesnym mniemaniem o odżywczej roli układu nerwowego centralnego, na skutek braku wpływu nerwowego na mięśnie; powtórnie, w zatruciach np. ołowiem i in.; wreszcie w cierpieniu, dotąd nieopisanem i niezależnem, jak sądzi DUCHENNE, od zmian w ośrodkach nerwowych. Charakterystycznym dla tego cierpienia mięśni jest to, że zmiana budowy włókna mięsnego, tłuszczowa metamorfoza jego występują jako zjawisko pierwotne, wstępne, bezwład zaś — jako wtórne. To też DUCHENNE z pośród rozpoznawanych przez siebie cierpień układu rucho-nerwowego wyodrębnia, jako samodzielną postać chorobową postępujące zaniki mięśni pod nazwą: *Atrophie musculaire avec transformation grasseuse proprement dite*. W 1853 r. DUCHENNE wskazuje już bardziej szczegółowo lokalizację zaników, podkreśla skłonność do izolowanego porażenia oddzielnych mięśni i grup mięśniowych w tej chorobie, co następnie w 1853 i 1855 r. potwierdzają jego badania makroskopowe i mikroskopowe. W 1850 roku ARAN zupełnie samodzielnie, wychodząc z założenia teoretycznego, zbliżonego do powyżej podanego, ogłasza swą pracę monograficzną o p. z. m. W niej po raz pierwszy, pod nazwą *Atrophie musculaire progressive*, podaje opis kliniczny cierpienia, które uważa również za swoiste cierpienie mięśni. Twierdzi tak dla tego, że w chorobach układu nerwowego bezwład występuje uprzednio, zaniki następnie, przyczem obejmują całe członki lub części ich, nie zaś, jak to ma miejsce w *Atrophie musculaire progressive*, oddzielne mięśnie (np. dłoni) lub grupy ich, z zupełnem często ominięciem jednych i tych samych mięśni. Prace DUCHENNE'a i ARAN'a zwracają uwagę lekarzy na nowe cierpienie. Wielu stwierdza fakty, ujawnione przez tych autorów; utrwała się w ten sposób na dłuższy czas pogląd o swoistym — myopatycznym

pochodzeniu cierpienia. CRUVEILHIER, obeznany z współczesnemi zdobyczami z dziedziny fizjologii eksperymentalnej, między innemi z prawem BELL'a, poszukuje zmian w układzie nerwowym, w rdzeniu w przypadku p. z. m. na dłoniach i ramionach, z bezwładem górnych i dolnych kończyn, z dyzartryą, zaburzeniami w polykaniu i osłabieniem mięśni twarzy. Autopsya zawodzi go; druga autopsya, po kilku latach wykonana, zawodzi również. Ulega więc faktom; skłania się ku poglądom DUCHENNE - ARAN'a na istotę cierpienia, uznaje możliwość powstawania bezwładu wskutek idyopatycznego zaniku mięśni. Trwa jednak w dalszych poszukiwaniach. Trzecia autopsya na osobniku, u którego w ciągu 4½ lat rozwinęły się osłabienie i zanik mięśni przeważnie obwodowych części górnych i dolnych kończyn, języka, mięśni twarzy oraz wystąpiło utrudnione polykanie i dyzartrya, dodaje mu odwagi, wykrywa bowiem znaczny stopień atrofii przednich korzonków. CRUVEILHIER odtąd broni poglądu, że postępujące zaniki mięśni są objawem wtórnym, a bezwład — zależnym od zaników korzonków przednich. Zaniki zaś mięśni, różny ich stopień rozwoju uzależnia od mniejszej lub większej przerwy w działaniu czynnika nerwowego, przede wszystkim zaś od różnego stopnia nieczynności mięśnia. W rozwoju procesu zanikania mięśnia rozróżnia atrofię zwykłą, czystą, jako pierwsze stadyum, i zaniki z transformacją włókna mięsnego, jako końcowe stadyum procesu. Odrębne stanowisko CRUVEILHIER'a stwarza dwa odmienne poglądy na patogenezę p. z. m. Odtąd rozpoczyna się pilniejsze poszukiwanie postępujących zaników mięśni, obserwowano je też istotnie w rozmaitych cierpieniach nerwowych. Autopsye stwierdzały coraz to inne zmiany w układzie nerwowym wogóle, a w rdzeniu w szczególności. Brak jednak nici przewodniej w badaniach, a jeszcze bardziej, jak to rozumiemy dzisiaj, dobrej metody badania drobnowidzowego stwa-

rzały chaos, z którego autorowie długo sami nie zjadowali wyjścia. Dopiero z jednej strony prace DEITERS'a, CLARK'a i in. nad stosunkiem między przednimi korzonkami i komórkami przednich rogów i komórkami dna 4 komory; prace TÜRCK'a o zstępującem zwyrodnieniu; LEYDEN'a, FRIEDREICH'a nad układowemi cierpieniami nerwowemi, a z drugiej strony prace CLARK'a nad zmianami w istocie szarej w różnych chorobach układu nerwowego skierowały badania na właściwsze tory. CLARKE w szeregu przypadków potrafił uwydatnić w rdzeniu i mózgu przedłużonym stałe zmiany w dużych komórkach rogów przednich i odpowiadających im komórkach 4 komory. Stosując jego metodę badania, wielu uczonych potwierdza te zmiany. Prace CORNIL'a (1863), PREVOST'a i VULPIAN'a (1866) nad *Paralysis infantilis*, przez wykazanie zmian w istocie szarej, a mianowicie w komórkach przednich rogów, przyczyniają się również do oświecenia kwestyi zależności p. z. m. od porażenia istoty szarej, resp. komórek przednich rogów. CHARCOT w 1868 r. naucza już, że wszelkie amyotrofie są zależne od zmian w przednich rogach. Mniemanie o rdzeniowym pochodzeniu p. z. m. rozpowszechnia się jeszcze bardziej, dzięki badaniom nad zanikami mięśni w *Sclerosis lateralis amyotrophica* (CHARCOT i JOFFROY 1869, CLARKE 1872—1873); w czystych i mieszanych przypadkach (w kombinacji z p. z. m.) *Paralysis bulbaris progressiva*, (DUCHENNE 1860 r., CHARCOT 1870 r., JOFFROY 1870 r., LEYDEN 1870 r.) i w *Tubes dorsalis* (PIERRET 1870 r.). To też CHARCOT (1874 r.) dzieli wszystkie amyotrofie na 2 kategorie: typowej postaci p. z. m. ARAN-DUCHENNE'a, pod nazwą protopatycznej spinalnej amyotrofii, przeciwstawia zaniki wtórne — deuteropatyczne. Do nich zalicza zaniki, obserwowane w *Tubes*, w *Sclerosis lateralis amyotrophica*, w *Sclerosis multiplex*, w nowotworach rdzenia i n. inn. Jako typowe kliniczne objawy dla protopatycznej spinalnej amyotrofii, CHARCOT w tym czasie uważa: wy-

sobnione zaniki poszczególnych mięśni z pomięciem zupełnem sąsiednich; osłabienie ruchów równoległe do zaników i przez nie spowodowane; zachowanie pobudliwości elektrycznej w mięśniach, nawet bardzo zanikłych; drgania włóknkowe brak bólów, które są właściwością wtórnych amyotrofii i zmiany w położeniu członków wskutek bezwładu i zaników (np. *main en griffes*). Co do przebiegu cierpienia, to według CHARCOT'a występuje ono nasamprzód w górnych kończynach, mianowicie w mięśniach dłoni, początkowo zazwyczaj w prawej. Jako przyczynę cierpienia, uważa on dziedziczne usposobienie. Aczkolwiek podział p. z. m., podany przez CHARCOT'a, miał pozory doskonałej klasyfikacyi, to jednak nie mogła się ona długo ostać naturalnym wątpliwościom i wahaniom, jakie nasuwały się przez stwierdzane w dalszym ciągu przypadki p. z. m. bez zmian w rdzeniu. Życie nastroczało badaczom nowe fakty kliniczne, które zniewalały do świeżej wymiany myśli w tej dziedzinie patologii. DUCHENNE (poprzedzony zresztą przez kilku badaczy: SEMMOL'a 1834 r., COSTE i GIOJA 1836 r., BERAUD 1852 r., MERYON 1852 r.), jeszcze w 1861—62 r. podaje, pod nazwą *Paraplegie hypertrophique de l'enfance*, opis przypadku, w którym u chłopca na pierwszy plan wystąpiły: nieprawidłowość chodu, t. zw. kaczy chód, a następnie osłabienie dolnych kończyn, jak również powiększenie ich objętości. SPIELMANN (1862) wątpi o rdzeniowym pochodzeniu tego cierpienia; sądzi on, że przerost mięśni nie jest istotny. Mniemanie jego potwierdza pierwsze badanie drobnowidzowe mięśni (1864 r.), wykonane przez BILLROTH'a. Pierwsza autopsya (1866 r.), wykonana przez CONHEIM'a, nie wykrywa zmian w układzie nerwowym, natomiast stwierdza, że jednocześnie z otłuszczeniem wielu mięśni występują zaniki ich w różnym stopniu rozwoju aż do zupełnego zaniku włókna z pozostawieniem jedynie otoczki z sarkolemmy. Cierpienie staje się przedmiotem monograficznego opracowania przez ZEIDL'a (1867),

DUCHENNE'a (1868). Otrzymuje ono kształty określonej postaci klinicznej. Cierpieniu temu ulegają dzieci, przeważnie chłopcy, często kilkoro dzieci w jednej rodzinie. Z objawów klinicznych na pierwszy plan występują: osłabienie z początku kończyn dolnych, później i górnych, pleców; powiększenie objętości niektórych mięśni (*Pseudohypertrophia*), zwłaszcza tyłek; niepewny, chwiejny kaczy chód; chodzenie na palcach; pes varo-equinus; odchylenie ku tyłowi pleców; zaniki mięśni klatki piersiowej i n. in. Co do zmian anatomicznych w mięśniach, to DUCHENNE mniema, że podstawową rzeczą jest w danym przypadku rozrost tkanki łącznej międzymięśniowej, w której następuje nacieczenie tłuszczowe. Stronnicy myopatycznej teorii zapatrują się na pseudohypertrofię jako na idyopatyczne cierpienie mięśni, jako na „travail morbide irritatif primitif, qui produit l'hyperplasie“ (DUCHENNE 1868). HELLER (1866) i ZEIDEL (1867) upatrują również pokrewieństwo tego cierpienia z postępującymi zanikami mięśni. Dowodzi tego w gruntowny sposób w pracy swej nad p. z. m. FRIEDREICH (1873). Ten ostatni (a za nim LICHTHEIM 1878 r., ZEIDEL 1879) zajmują odmienne stanowisko. W obrazie zmian anatomicznych, (idyopatycznego jak sądzi, pochodzenia) w *Atrophia musculorum progressiva*, znajduje cechy zapalenia chronicznego, w pojęciu VIRCHOW'a. Uważa je za *polymyositis chronica progressiva*, przeprowadza analogię między *cirrhosis* organów wewnętrznych a *cirrhosis* mięśni. Zmiany anatomiczne w układzie nerwowym, które CHARCOT'a upoważniły do jego klasyfikacji, uważa za wtórne; niestałe, niezawsze zresztą stwierdzane ich istnienie, niejednolity charakter tych zmian, w pracach autorów zaznaczony, FRIEDREICH tłumaczy stopniowym rozwojem procesu zapalnego. Ten ostatni przesuwają się z nerwów wewnątrzmięśniowych na korzonki, z korzonków na rdzeń; w rdzeniu zajmuje tę lub inną wysokość, poraża jedne układy rdzenia, drugie zaś omija, a często zupełnie nie osiąga

rdzenia, a nawet korzonków. Zmiany anatomiczne w Pseudohypertrofii FRIEDREICH zestawia z postępującymi zanikami mięśni wogóle i znajduje, że istota procesu destrukcyjnego jest w nich jednakowa. Cechę Pseudohypertrofii — otłuszczenie, które tak wyraźnie występuje w wielu mięśniach, rozpatruje jako zjawisko drugorzędne. Dlatego też pseudohypertrofię FRIEDREICH uważa jako *Atrophia musculorum progressiva*, która przez wiek dziecinny i być może większą skłonność przyrodzoną otrzymuje nieco odrębne cechy kliniczne. Za przyczynę Myopatii wogóle FRIEDREICH (jak to czynią obecnie BLOCQ i MARINESCO) uważa wrodzone lub odziedziczone osłabienie formacyjnej i odżywczej własności poprzeczno-prążkowanych mięśni, dzięki czemu mięsień nie jest w stanie podolać pracy zwykłej; ta zaś, ponad siły, tworzy produkty, które jeszcze bardziej niszczą układ mięśniowy. FRIEDREICH odwraca nową kartę w historii rozwoju odnośnej gałęzi wiedzy medycznej. Myśl twórcza szuka wyjścia ze sprzeczności, jakie nastroczały przeciw sobie stanowiska CHARCOT'a i FRIEDREICH'a. Zaczęto szukać nowych dróg, gdyż istotnie nie można było oprzeć jedynie na danych anatomicznych teorii cierpienia, nie można było objaśnić jego całokształtu. Klinika znów wstępuje w swoje prawa, staje się znowu niezbędnym współczynnikiem badania. DUCHENNE w 1872 roku opisuje po raz pierwszy nową postać p. z. m. (*Atrophie musculaire progressive de l'enfance*), dziedziczną. Rozpoczyna się ona, między 5 — 7 rokiem życia, od porażenia mięśni twarzy, następnie dopiero kończyn górnych, a znacznie później i dolnych. LEYDEN w 1874 — 76, (za nim MÖBIUS 1879 r. i inni) nie przesądzając sprawy anatomicznej, przeciwstawia typowej postaci *Atrophia musculorum progressiva* DUCHENNE — ARAN'a formę dziedziczną, która obejmuje, dzięki wspólnemu czynnikowi dziedzicznego usposobienia, cały szereg przypadków klinicznych. Formy dziedziczne,

cechują: dziedziczne usposobienie, jako stałe zjawisko; początek w zaraniu życia; zaniki postępujące mięśni najwpierw w kończynach dolnych; przewlekły przebieg cierpienia i zachowane zdrowie psychiczne. Z kolei zjawiają się prace LICHTHEIM'a (1878), ZEIDL'a (1879), SZULTZE'go i ERB'a (1879), w których autorowie podają nowe fakty, pozwalające im uznawać istnienie p. z. m. nie tylko rdzeniowego pochodzenia, lecz również i idyopatycznego. Jako objawy rozpoznawcze dla rdzeniowych amyotrofii, prócz klinicznych właściwości i zmian w istocie szarej rdzenia, podają ERB i SZULTZE odczyn zwyrodnienia, LICHTHEIM — zaniki en masse, wyprzedzone przez bezwład, ZEIDEL — możliwość współzrędnego istnienia obrazu *Paralysis bulbaris progressiva*, którego nigdy dotąd nie obserwowano w myopatii. ROTH (1880 r.) za myopatyczne formy uważa jedynie Pseudohypertrofię, dziedziczne formy i te nie dziedziczne, w których zaniki występują przede wszystkim na tułowiu i ośrodkowych częściach kończyn. Rdzeniową formę protopatyczną CHARCOT'a ROTH uważa za bardzo rzadką, często mylnie identyfikowaną ze *Sclerosis lateralis amyotrophica*. Z właściwą sobie zdolnością kliniczną motywuje ERB potrzebę rozpoznawania dwóch głównych postaci p. z. m.

(C. d. n.).

Przewlekłe zatkanie kamieniem przewodu żółciowego wspólnego

Lithiasis ductus choledochi chronica.

(odeczytane w skróceniu na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek.).

napisał

W. H. KRAJEWSKI

Ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

(Ulag dalszy.—Patrz Nr. 45).

5. *Cholelithiasis. Cholecystitis. Obstructio chronica d. choledochi. Choletomia Delagénieré'a. Sanatio.*

Olga P. lat 36, żona urzędnika, ulokowała się w domu zdrowia na ul. Boduena N. 5. dnia

26. XI. 1903 r. Od kilku lat doznaje napadów kolki żółciowej, poddawała się różnym leczeniom, które przynosiły tylko przemijającą ulgę. Przed trzema miesiącami chora dostała bardzo silnych bólów w podżebrzu i gniecienia w dołku z wymiotami. Bóle złagodniały pod wpływem zastrzyknięcia morfiny, lecz zjawiała się żółtaczka, która z malemi wahaniami trwa do obecnej chwili. Od tej pory chora dostaje często bólów, trwających 1 lub 2 doby, ataki powtarzają się raz lub 2 razy na tydzień. Od miesiąca każdemu atakowi towarzyszy umiarkowana gorączka (najwyższa 38,5°), pod koniec ataku zjawiają się obfite poty, dreszczów nie miema. Stolec po większej części odbarwiony, zdarza się jednak czasami żółty. Chora czuje się mocno osłabioną i twierdzi, że schudła.

Badanie: Osobnik dość dobrze odżywiający, spora ilość podskórnej tkanki tłuszczowej (szczególnie na brzuchu). Cera brązowo-żółta, tak samo zabarwiona skóra całego ciała, białkówki mocno żółte. Swędzenie skóry niewielkie. Płuca i serce zdrowe. Wypróżnienia prawidłowe. Brzuch nie wzdęty, wątroba wymacuje się wyraźnie, opuszczona na 2 palce poniżej łuku żebrowego. U wewnętrznego brzegu mięśnia prostego wymacuje się bardzo bolesny na dotyk guzik gładki wielkości sporego jabłka, poruszający się przy oddechu wraz z wątrobą. Po za tem w brzuchu stosunki normalne. Organy płciowe zdrowe. Peryody w porządku. Mocz zawiera znaczną ilość barwników żółciowych i ślady białka. Ciężota po za atakami normalna, podczas jedynego słabego ataku obserwowanego w Warszawie, dosięgła zaledwie 38° stopni. Wobec tych danych rozpoznałem: *Cholelithiasis. Cholecystitis. Lithiasis d. choledochi* i zaleciłem operację, którą też wykonałem w domu zdrowia 28. XI. 1903 r. przy pomocy kolegów: KARCEWSKIEGO, KIEŁKIEWICZA i LEŚNIEWSKIEGO. Cięcie KOCHER'a. Po otworzeniu jamy brzusznej, znalazłem duży mocno naprężony pęcherzyk żółciowy, słabo sklejonny z poprzeczną i siecią. Od-

klejenie udało się łatwo na tępo. Ochroniwszy serwetami otoczenie, trójgrańcem opróżniłem pęcherzyk z płynnej zawartości (ciemna żółć). Naciąwszy go następnie w podłużnym kierunku, usunąłem zeń 18 sporych fasetkowanych kamieni, ciemno-brązowego koloru. Przy obmacywaniu więzu wątrobowo - dwunastniczego wyczuwa się kamień, zrobiłem więc *choletomię Delagéniera'a* i, dotarłszy do początku przewodu żółciowego wspólnego, usunąłem duży stożkowaty kamień, którego podstawa spłaszczona miała 1½ ctm. średnicy. Wprowadziłem dren do *d. hepaticus*, rozcięte kanały oraz pęcherzyk obszyłem na tym drenie dwupiętrowym szwem katgutowym kuśnierskim. Wierchołek pęcherzyka ułokowałem w zewnętrznym kącie rany ścian brzusznych. Szw, nałożony na drogi żółciowe, odgradziłem od reszty jamy brzusznej małym workiem MIKULICZA. Pozostałą część rany ścian brzusznych zaszyłem, jak zwykle.

Przebieg pooperacyjny zupełnie pomyślny, bezgorączkowy. Zeszyta część rany zagojona doraźnie. Worek MIKULICZA usunięto 6 dnia po operacji. Dren, przez który codziennie wydzielalały się wielkie ilości żółci (około 600 ctm.), wysunął się podczas opatrunku w 10 dni po operacji. Od tej pory, pomimo wprowadzenia drenu do pęcherzyka, opatrunek trzeba było zmieniać codziennie z powodu przesiąkania żółcią. Wkrótce jednak, gdyż już pod koniec 3-go tygodnia, większa część żółci zwróciła się w stronę kanału kiskowego, zjawily się normalnie zabarwione stolce, przez ranę zaś wydzielalo się coraz mniej żółci, aż w końcu 4-go tygodnia rana zupełnie się zagoiła. Chora poprawiła się znacznie, ani śladu dawnych dolegliwości. Od chwili jak opuściła zakład, nie mam o niej żadnych wiadomości.

6. *Cholelithiasis. Obstructio chronica d. choledochi.*

Choletomia Delagéniera'a. Sanatio.

Sabinę E., lat 52, widziałem po raz pierwszy, wezwany na naradę przez kol. Wł.

BRUNERA, w czerwcu 1904 r. Opowiedziano mi wtedy, co następuje: Chora od dawna miewała napady kolki żółciowej, podczas których zawsze występowała żółtaczka. Od dwóch lat podczas ataków zjawia się gorączka, poprzedza ją zwykle silny dreszcz, a kończy, po zniknięciu bólów, obfity pot. Ataki, które poprzednio trwały dość długo (kilka dni, tydzień lub dłużej), stały się znacznie krótsze (czasem tylko po parę godzin), lecz za to występują nierównie częściej. Od pół roku żółtaczka wcale nie znikła. Stolec stale zaparty, czasem zupełnie odbarwiony, a czasami normalnego koloru. Od 3 miesięcy napady bólów i gorączka są prawie codzienne, od czasu do czasu tylko bywa dzień bez bólów i bez gorączki. Różnorodne metody lecznicze (Karlsbad, oliwa, cholagoga, jod) nie przyniosły upragnionej poprawy. Pacjentka ogromnie wychudła i osłabła. Przy badaniu stwierdziłem przedewszystkiem kolosalne wychudnięcie, mocno żółtaczkowe (brudno-pomarańczowe) zabarwienie skóry i białówek. W płucach objawy przewlekłego kataru oskrzeli, na który chora cierpi od lat całych. Tony serca czyste. Wątroba wystaje z pod łuku żebrowego na 3 palce, jest twarda i trochę wrażliwa na ucisk. Powiększonego pęcherzyka wymacać nie mogłem, natomiast ku wewnątrz od wcięcia wątrobowego, które doskonale się wmacywało, bliżej linii środkowej pod wątrobą istnieje nadzwyczaj wrażliwe na ucisk miejsce, na dość ograniczonej przestrzeni. Żywy ból występuje stale, ilekroć na to miejsce nacisnąć. Ciepłota w chwili badania normalna, tętno 80 dość pełne. Peryodów już nie miewa, narząd płciowy w porządku. Mocz bardzo ciemny, oprócz znacznej ilości barwników żółciowych innych anormalnych części składowych nie zawiera. Na zasadzie tych danych wypowiedziałem, podczas narady, zdanie, iż mamy do czynienia z przewlekłym zatkaniem przewodu żółciowego wspólnego i uznałem operację za niezbędną.

Chora, wahająca się, postanowiła jeszcze tydzień zwlekać z ostateczną decyzją.

Na nowej naradzie, po tygodniu, dowiedziałem się, iż, na nieszczęście dla chorej, tydzień ten był lepszy od poprzednich, gdyż chora miała tylko dwa napady bólów z gorączką do 40° stopni. Wprawdzie to, że ataki były trochę rzadsze, nie wpłynęło nic na moje zapatrywanie co do potrzeby operacji, lecz zachwiało wiarę chorej w jej niezbędność, to też postanowiła wyjechać na letnie mieszkanie i tam próbować raz jeszcze kuracji Karlsbadzkiej. Stało się to, zaznaczam raz jeszcze, wbrew memu zdaniu i pomimo że przed otoczeniem nie ukrywałem wcale złych skutków, jakie mogą nastąpić wskutek zwlekania z rękoczynem.

W pierwszych dniach września powróciła chora skruszona i nareszcie zdecydowana na operację. Historia tych paru miesięcy, przepędzonych na wilegiaturze, bardzo jest charakterystyczna. Cały ten czas chora miewała napady bólów w prawym podżebrzu, uczucie rozpierania w klatce piersiowej i gniesienie w dołku. Napady te zjawiały się w nieregularnych odstępach czasu i trwały rozmaicie długo; czasami zjawiały się codziennie i trwały po kilka godzin zaledwie, innym znów razem przez 2 lub 3 dni nie było napadu, a gdy się zjawiał trwał 24 — 36 godzin. Bezwarunkowo każdemu atakowi towarzyszył dreszcz i podniesienie ciepłoty do 39° a nawet 40°. Ciepłota po ustaniu bólów opadała na to, aby się znów podnieść podczas nowego napadu. Z przywiezionej kartki temperaturowej, gdyż ciepłota była ściśle notowana na moją prośbę, można było wykreślić bardzo charakterystyczną krzywą z gwałtownymi krótkotrwałymi podskokami do 40° niekiedy codziennie, to znów co 2 a czasami co 3 dni się powtarzającymi. Chora straciła apetyt, wymizerniała jeszcze bardziej i żółkła, a właściwie zbrązowiła silnie. Taka cera twarzy wraz z głębokimi brózdami, zaostreniem

rysów i zapadnięciem oczu złożyły się na wygląd iście straszny. Niezależne ani od chorej, ani odemnie okoliczności sprawiły, iż operacja mogła się odbyć dopiero we 2 tygodnie po powrocie jej do Warszawy; cały ten czas stan był bez zmiany.

Dnia 23. IX. 1904 r. w domu zdrowia na ul. Boduena N. 5 wykonałem operację przy pomocy kolegów KARCZEWSKIEGO, ZIELIŃSKIEGO, KIELKIEWICZA i KOSSOBUDZKIEGO. Cięcie KOCHER'a. Po otwarciu jamy brzusznej znalazłem skleiny sieci i poprzecznicę z bardzo skurczonym pęcherzykiem i dolną powierzchnią wątroby. Skleiny te udało się rozerwać na tępo i wtedy stwierdziłem, iż słabo napełniony pęcherzyk jest pusty. Dziura WINSLOW'a dostępna, a w kolosalnie rozciągniętym przewodzie wspólnym wymacuje się wielki kamień. Ochroniwszy serwetami trzewia, naciąłem podłużnie pęcherzyk, z którego wypłynęło niewiele ciemnej żółci. Następnie wykonałem typową *Choletomium* DELAGÉNIÈRE'a. Po dojściu do *choledochus* przekonałem się, iż jest on kolosalnie rozszerzony, można doń swobodnie wprowadzić wielki palec. Naciskając od dołu na dwunastnicę, wycisnąłem wkrótce przez zrobiony otwór 2 kamienie niepomiernej wielkości, każdy z nich miał 2 ctm. w podłużnym a 1½ ctm. w poprzecznym wymiarze. Jeden z nich miał zagłębienie talerzykowate, odpowiadające w zupełności wzgórkowi, znajdującemu się na drugim kamieniu. Po przekonaniu się obmacywaniem i wprowadzonym do zakiszkowej części przewodu, zgłębnikiem, iż nie ma w nim więcej kamieni, wprowadziłem do kanału wątrobowego, z którego się tymczasem obficie żółć zaczęła wydzielać, cienki dren i obszyłem na nim rozcięte drogi żółciowe. Pęcherzyk bardzo mało zmieniony zostawiłem i po obszyciu na drenie umocowałem w zewnętrznym brzegu rany ścian brzusznych. Drogi żółciowe oddzieliłem od jamy brzusznej małym workiem MIKULICZA. Resztę rany ścian brzusznych opatrywałem w zwykły sposób.

Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy. Raz tylko jeden trzeciego dnia po operacji ciepłota podniosła się do 38 stopni, po za tem przebieg bezgorączkowy. Rana zaszyta zagojona doraźnie. Worek usunąłem 6-go dnia i zastąpiłem pasami gazy sterylizowanej. Przy następnych opatrunkach pasy te, pomimo, iż dren pozostał na miejscu, były cokolwiek zabarwione żółcią. Dren z pęcherzyka wysunął się 10-go dnia po operacji. Od tej pory pomimo wsuwania drenu do pęcherzyka opatrunków codziennie przemakał i musiał być zmieniany. Wkrótce jednak, jak tylko jama po worku do brze się zwężyla, zaniechałem zupełnie wprowadzania drenu do pęcherzyka. Podczas opatrunków przepłukiwano pęcherzyk słabym roztworem azotanu srebra (1:4000). Po upływie 3-ich tygodni chora opuściła zakład z niezupełnie jeszcze zagojoną raną, dalsze opatrunki robiła u niej w domu kol. A. ZIELIŃSKA. Stolec we 2 tygodnie po operacji, t. j. z chwilą wysunięcia się drenu, przybrały normalną barwę. Apetyt powrócił, chorej szybko zaczęło przybywać na wadze. Ostateczne zagojenie rany nastąpiło w 8 tygodni po operacji. W r. 1906 miałem relacye o chorej jaknajlepsze: wygląda doskonale, żółtaczki ani śladu, opowiada wprawdzie na poły z drwinami, iż miewała czasami w ostatnich czasach bóliki w podżebrzu, ale rusza się żwawo i robi wrażenie zupełnie zdrowej osoby.

7. *Cholelithiasis. Obstructio d. choledochi. Cholangitis purulenta. Pyaemia. Choletomia Delagéniero.*
Mors.

Zofia S., przybyła do szpitala Dz. Jezus 5. XII. 1904 r., zakwalifikowana do operacji na naradzie z kol. CHEŁCHOWSKIM. Z wywiadów dowiedzieliśmy się, iż chora już od lat 8-ich cierpi na powtarzające się bóle w prawem podżebrzu. Po raz pierwszy zjawily się one podczas ciąży. Wszystkie ataki dotychczas były bezgo-

rażkowe. Dopiero w ostatnich dwóch latach podczas ataków zaczęła się zjawiać żółtaczka. Czas trwania ataków był bardzo rozmaity, lecz nigdy nie przekraczał dwóch tygodni. Nigdy systematycznej kuracji nie prowadziła. Raz tylko jeden po silnym ataku przez 2 tygodnie pila wody karlsbadzkie. Przed 5-imi tygodniami znów zaczęła doznawać bólów w prawem podżebrzu. Bóle bardzo silne zjawiały się codziennie i trwały czasami po kilkanaście godzin. Pierwiastkowo gorączka nie towarzyszyła bólowi, wkrótce jednak przyłączyła się gorączka, chora zaobserwowała, że nasilenia jej odpowiadały atakom bólów. W 2-im tygodniu choroby (dopiero!) zjawila się żółtaczka, która do chwili obecnej nie opuszczała chorej. Wypróżnienia papkowate, po wystąpieniu żółtaczki nabrały wyglądu gliniastego, czasami jednak bywały żółte, a od 2-ich tygodni mają znów kolor normalny. Pomimo to jednak bóle i gorączka nie ustają. Od kilku dni chora miewa codziennie dreszcze, a w kilka godzin potem obfite poty. W ostatnich czasach czuje się bardzo osłabioną.

Bada nie dokonane d. 6. XII. 1904 r. Wynędniała, bardzo chuda kobieta, o silnie żółtaczkowo zabarwionej skórze i białkówkach, spieczonych wargach, suchym języku. Tętno 110 słabe, lecz równe. Płuca i serce zmian żadnych nie przedstawiają. Brzuch cokolwiek wzdęty, na dotyk bolesny tylko w okolicy prawego podżebrza, ani wątroba, ani też pęcherzyk żółciowy nie wymacują się, ale każdy cokolwiek silniejszy ucisk na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego brzucha prawego wywołuje żywe uczucie bólu. Ostatni stolec papkowaty, jasno-żółty. Mocz ciemny, daje wyraźną reakcyę na barwniki żółciowe; białka ślady. Ciepłota ranna 40.1 stopni.

Na zasadzie powyższych danych rozpoznaliśmy niezupełne zamknięcie kamieniem przewodu żółciowego wspólnego, powikłane ropnem zapaleniem dróg żółciowych. *Obstructio calculosa d. choledochi incompleta. Angiocholitis*

purulenta, a jedyny ratunek dla chorej upatrywaliśmy w operacji, która też na dzień następny została naznaczona.

7. XII. 1904. Rano przed operacją znaleźliśmy następujące niepomyślne zmiany w stanie naszej chorej: ciepłota 35°, tętno 80, słabe, ale równe, silne bardzo osłabienie, opadnięcie prawej powieki górnej (*ptosis*), nierówność źrenic (prawa źrenica 2 razy szersza od lewej), porażenie wewnętrznego i górnego mięśni prostych oka. Chora przytomna, opowiada, że jej się dwoi w oczach. Wobec tych danych, wskazujących na wystąpienie przerzutów w jamie czaszkowej, zwróciliśmy uwagę rodziny chorej na prawdopodobną bezcelowość operacji. Spotkawszy się jednak z kategorycznym życzeniem męża wykonania próby uratowania życia chorej na drodze operacyjnej, przystąpiliśmy natychmiast do jej wykonania. Cięcie KOCHER'a. Po otworzeniu jamy brzusznej uniesiono dolny brzeg wątroby ku górze i przekonano się, iż sieć i poprzecznicą są przyklejone do dolnej jej powierzchni w miejscu, odpowiadającym pęcherzykowi. Zrosty te udało się stosunkowo łatwo rozkleić i pęcherzyk mały i pusty wyseparować. Ochroniwszy serwetami kiszki, pęcherzyk nacięto i opróżniono z nieznacznej ciemno zabarwionej płynnej zawartości. Następnie, odseparowując przyklejone w głębi do szyi pęcherzyka kiszki i żołądek, uchwyciono brzegi cięcia w szczypce MUSEAUX, pociągając za nie, uprząstępniano coraz to nowe odcinki pęcherzyka, które nacinano na zgłębniku żłobowym. W ten sposób udało mi się dotrzeć do kanału pęcherzykowego, odsunąć dwunastnicę ku dołowi i wprowadzić palec do dziury WINSŁOW'a. Palcem tym wymacano zaraz kamień w przewodzie wspólnym. Unosząc na palcu wiąz wątrobowo-dwunastniczy ku górze, przesunięto zgłębnik żłobowy, tkwiący w kanale pęcherzykowym, do przewodu wspólnego i rozcięto go nożyczkami. Wtedy z łatwością udało się wypchnąć kamień przez zrobioną we wspólnym przewodzie szparę. Usu-

nięty kamień żółtawo biały, owalny, ma długości 2 ctm. szerokości 1½ ctm. Przez zrobioną w przewodzie wspólnym szparę wprowadzono cienki dren do kanału wątrobowego, ułożono go w rynnie, wytworzonej przez rozcięcie kanału pęcherzykowego i pęcherzyka, i obszyto na drenie rozcięte drogi dwupiętrowym szwem kuśnierskim katgutowym. Wierchołek pęcherzyka wszyto w zewnętrzną kąt rany ścian brzusznych. Pomiędzy zaszyty pęcherzyk i odklejone kiszki wprowadzono mały worek MIKULICZA, wewnętrzną połowę rany ścian brzusznych zaszyto. Operacja nie wywarła żadnego dodatniego wpływu na dalszy przebieg choroby. Żółć przez dren wydziela się obficie, lecz tętno 120, przezywane, ciepłota 38.6. Chora niezupełnie przytomna, kilkakrotnie wymiotowała, mocz oddaje bezwiednie. W nocy zjawiała się hemiplegia, a drugiego dnia przy objawach zapaści chora zmarła.

8. *Cholelithiasis. Obstructio chronica d. choledochi.*
Choletomia Delagénieræ. Sanatio.

Leontyna S. lat 28, przybyła do szpitala Dz. Jezus 29. XII. 1904 r. Pochodzi ze zdrowej rodziny. Sama oddawna podlega częstym katantom i miewa zapalenia oskrzeli. Przed 9 laty po raz pierwszy doznała silnych bólów w prawym podżebrzu. Z początku bóle powtarzały się rzadko, trwały po kilkanaście godzin, i nie towarzyszyła im ani żółtaczka, ani gorączka. 1½ roku temu po raz pierwszy dostała silnego napadu bólów z gorączką, a po kilku dniach wystąpiła żółtaczka, chorowała wówczas 3 tygodnie, leżała w łóżku, w końcu jednak zdawało się, że wszystko powróciło do normy. Podczas i po ataku w wypróżnieniach znalazła chora sporo graniastych kamyków. Od tej pory, mniej więcej co 2 miesiące, miewa napady bólów w prawym podżebrzu, trwające od kilku godzin do paru dni. Napadom towarzyszy gorączka, dosięgająca niekiedy 39°, a po nich

wkrótce zjawia się żółtaczka. Od dwóch miesięcy napady bólów stały się bardzo częste, powtarzają się co parę dni, każdemu napadowi towarzyszy gorączka, którą poprzedzają dreszcze. Zjawiała się lekka żółtaczka, która się nasila podczas ataków, ale nawet w przestankach zupełnie nie znika. Chora w ciągu tych dwóch miesięcy bardzo schudła i czuje się mocno osłabioną.

Badanie: Wynędniały, bardzo szczupły osobnik, skóra normalnie zabarwiona, zaledwie ślady żółtawego zabarwienia białówek. Serce zdrowe. W płucach z obu stron trochę wilgotnych rzeżeń; zresztą nic anormalnego. Prawe podżebrze bolesne na dotyk, szczególnie w okolicy *epigastrium*. Kant wątroby wymacuje się wyraźnie, wystaje z pod żeber na $1\frac{1}{2}$ palca. Pęcherzyka żółciowego, jako tworów oddzielnego, nigdzie wymacać nie można. Brzuch trochę wzdęty, nigdzie po za wyżej wzmiankowaną okolicą nie bolesny. Nawykowe zaparcie stolca. Narządy rodne w porządku, peryody prawidłowe, czasami bolesne. W moczu wyraźna, choć słaba reakcja na barwniki żółciowe, białka nie ma. Stolce bywają to gliniaste, to żółcią zabarwione. Te, któreśmy oglądali, były żółte. Chora sama niejednokrotnie stwierdziła w stolcach obecność kamieni żółciowych. Podczas 6-io dniowej obserwacji w szpitalu chora przebyła jeden atak kolki z gorączką, dochodzącą do 39° , po którym wystąpiła znacznie wyraźniejsza żółtaczka z zabarwieniem białówek. Ten atak przechylił szalę na korzyść operacji, gdyż chora dotychczas namyślała się jeszcze nad przyzwoleniem na zaproponowaną jej zaraz po zbadaniu — operację. Operację wykonałem 7. I. 1905 r. przy pomocy kolegów: KORONKIEWICZA i ZIELIŃSKIEJ. Cięcie KOCHER'a. Po otworzeniu jamy brzusznej znalazłem luźne skleiny pęcherzyka i dolnej powierzchni wątroby z siecią, poprzecznicą i żołądkiem, które jednak z łatwością na tępo usunąć się dały. Pęcherzyk mały, ściany dość cienkie, po nacięciu

wypłynęło cokolwiek normalnie zabarwionej żółci, lecz ani jednego kamienia w pęcherzyku nie znalazłem. Palcem, wprowadzonym do otworu WINSLOW'a, wymacałem w *d. choledochus* kamienie. Wprowadziłem więc zgłębnik żłobkowy do pęcherzyka: wykonałem typową *Choletomiam Delagénier'e'a*. Gdy nareszcie dotarł przez *d. cysticus* do *d. choledochus*, znalazłem ten ostatni znakomicie rozszerzony, tak, iż z łatwością można było wprowadzić weń palec wskazujący, którym stwierdziłem obecność kamieni. Za pomocą łyżeczki KÖRTE'go, pomagając sobie lewym wskazicielem od strony dziury WINSLOW'a, a wielkim palcem tejże ręki podpierając dwunastnicę od dołu, wydobyłem z przewodu wspólnego 20 kamieni fasetkowanych różnej wielkości, największy miał $\frac{3}{4}$ ctm. w podłużnym wymiarze. Po usunięciu dostępnych kamieni wprowadziłem jeszcze raz palec do *d. choledochus*, wskutek znacznego rozciągnięcia przewodu palec mógł sięgnąć głęboko po za zstępującą częścią dwunastnicy, nigdzie jednak na kamień nie natrafiłem. W końcu wprowadziłem do przewodu zgłębnik tak samo z ujemnym wynikiem, wysondowałem też *d. hepaticus*, a nigdzie nie znalazłszy konkrementów, wprowadziłem cienki dren do *d. hepaticus* i obszyłem na nim rozcięte drogi żółciowe dwupiętrowym szwem katgutowym kuśnierskim. Wierchołek pęcherzyka wszyłem w zewnętrzną kąt rany ścian brzusznych. Szew dróg żółciowych pokryłem małym workiem MIKULICZA. Resztę ścian brzusznych zaszyłem szwem 3 piętrowym (2 piętra katgutowe, 1 piętro Fil de Florence).

Przebieg zupełnie prawidłowy i przez pierwsze dni bezgorączkowy, został zakłócony 4-go dnia przez zjawienie się klucia pod prawą łopatką. Stwierdziliśmy w tem miejscu stępienie i wilgotne obfite rzeżenie, tegoż wieczora ciepłota podniosła się do $38,9^{\circ}$. W ciągu następnych dni stan ten powoli zaczął się poprawiać po zastosowaniu baniek, gorących okładów i *sol. natr. benzoici* (5 : 200), *codeini phosph.* 0,06. We 4 dni

później ciepłota opadła już do normy, wysłuchowe objawy ze strony płuc złagodniały znacznie, pozostały tylko nieliczne rzęzenia, które stwierdzono w obu płucach, jeszcze przed operacją. 19. I. usunięto worek MIKULICZA. Przez sączek w pęcherzyku wydzielalo się przeciętnie około 400,0 gr. żółci dziennie, pomimo to stolce w tygodzień po operacji już były normalnie zabarwione. 27. I. usunąłem dren z pęcherzyka żółciowego. Żółć jeszcze czas jakiś wydzielala się. a 9. II. przestała się w ranie pokazywać. Stan bezgorączkowy, bólów żadnych. Stolce normalnie zabarwione. 13. II, Rana zagoiła się zupełnie. 14. II. Chora uskarża się na ból gardła i miała trochę podniesioną ciepłotę, lecz przy płukaniu i pędzlowaniu sublimatem, poprawiła się i wypisała w zupełnie dobrym stanie 16 II. 1905 r.

W $\frac{1}{2}$ roku później widziałem chorą, gdyż się zwróciła do mnie z powodu niewielkiego wypuklenia się tej części blizny, w której leżał worek MIKULICZA. Wygląda doskonale, bardzo utyla i czuje się zupełnie dobrze. Opowiadała mi jednak, iż w parę tygodni po wypisaniu się ze szpitala zaczęła znów doznawać takich samych bólów jak przed operacją, że po każdym bólu w wypróżnieniu odnajdywała po jednym kamyku żółciowym, aż nareszcie, gdy ich uzbierało się 10, bóle przestały się zjawiać i obecnie jest już zupełnie zdrowa. Istotnie chora doręczyła mi słoik zawierający 10 fasetkowanych kamyków żółciowych, które jakoby wydalila po operacji. Muszę przyznać, iż opowieść ta zmartałwiła mnie na razie bardzo, dowodziłoby to, że nawet w stosunkowo łatwym przypadku u chudego osobnika, pomimo tak radykalnie przeprowadzonej operacji i skrzętnych poszukiwań, pomimo ułatwienia spowodowanego znacznym rozszerzeniem *d. choledochi*, nigdy nie można być pewnym, że się nie prześlępiło tkwiących w przewodzie kamieni. Pół biedy jeszcze gdyby chodziło o jeden mały kamień, ale 10 stosunkowo sporych kamyków, to istotnie do desperacji mo-

że doprowadzić ambitnego chirurga. Przypomniawszy jednak sobie różne nerwowe zboczenia, któreśmy zaobserwowali u naszej chorej podczas pobytu jej w szpitalu; pewne jej odezwania się już podczas zdrowienia o bezpożyteczności zabiegu, któremu się poddała, powiełem podejrzenie, czy nie stałem się ofiarą niewinnej mistyfikacji. To też, nie przecząc wcale opowiadanemu mi faktowi, poprosilem chorą, aby mi kiedy zechciała ofiarować te kamyki, które tak skrzętnie przed operacją zbierała, usprawiedliwiając tę prośbę potrzebą porównania, czy są tej samej natury, co kamyki, wydobyte podczas operacji. Chora obiecała solennie zadosyć uczynić mej prośbie, mieszka w Warszawie, miała mi się pokazać dla obejrzenia pasa, który jej zaleciłem. No — i napróżno wy czekuję na kolekcję kamyków, zebranych przed operacją. Naturalnie sprawa zostanie nierozstrzygniętą, wydaje mi się jednak, iż w tym właśnie przypadku, w którym poszukiwanie było tak stosunkowo łatwe, nie można było nie dostrzedz aż 10 kamyków, a przecież zupełnie niepodobna myśleć, aby się te kamienie w ciągu paru tygodni po operacji wytworzyć miały.

9. *Cholelithiasis. Cholecystitis. Obstructio chronica d. choledochi. Choletomia Delagénierre. Sannatio.*

Doktorowa H., lat 43, z Końskich. Widziałem chorą po raz pierwszy u siebie w domu na przyjęciu. Wywiady. Będąc panną chorowała na tyfus brzuszny, po którym wystąpiło ropne zapalenie średniego ucha, a w następstwie rozwinął się „polip” w uchu, operowany przez kol. MODRZEJEWSKIEGO w r. 1883-im. Rodziła 4 razy, po pierwszym porodzie przechodziła ciężką połogową gorączkę. Ostatni poród odbyła przed 15 laty. Po wyzdrowieniu z gorączki połogowej, a więc przed 20 laty, zaczęła doznawać od czasu do czasu uczucia ściskania w dołku, a czasem silnych bólów, które zazwy-

czaj po wymiotach ustępowały. Od 1901 roku ściskanie i bóle w dołku stały się częstszymi i trwały dłużej. Żółtaczkę jednak nigdy nie zanężyła. Różnorodne leczenie wodami mineralnymi (Pilnau, Marienbad, Karlsbad) istotnej poprawy nie przynosiło. W czerwcu 1905 chora dostała raptownie silnego napadu bólów w podżebrzu i dołku, oraz wymiotów. Jednocześnie ciepłota podniosła się do 40 stopni, a na drugi dzień wystąpiła wyraźna żółtaczka. Stan taki trwał 7 dni, poczem gorączka i bóle ustąpiły, ale żółtaczka zmniejszyła się tylko, lecz całkiem nie zniknęła. Stolec po większej części gliniasty, od czasu do czasu zjawiał się stolec cokolwiek zabarwiony. Mocz stale bardzo ciemny. Od tej pory napady bólów, trwające po kilka lub kilkanaście godzin powtarzały się parę razy tygodniowo, po wtększej części towarzyszyła im gorączka, bywały jednak czasami ataki bez gorączki. Po każdym ataku, żółtaczka wyraźnie się nasilała. Stan taki trwa do obecnej chwili, a chora bardzo schudła i podupała na siłach.

Badanie: Pacjentka średniego wzrostu, dość dobrze odżywiana, o pomarańczowo żółtej cerze. Ciepłota normalna, tętno 80. Płuca i serce zdrowe. Brzuch umiarkowanie wzdęty, prawe podżebrze na dotyk nieco bolesne. Wątroba twarda, wystaje na 2 palce z pod łuku żebrowego. U zewnętrznego brzegu mięśnia prostego brzucha prawego wymacuje się gruszkowaty, bolesny na dotyk twór, złączony z wątrobą. Po za tem nie anormalnego w brzuchu się nie wymacuje. Peryody dość obfite, przychodzą regularnie, organy płciowe w porządku. Po umieszczeniu się chorej w domu zdrowia kol. DYDYŃSKIEGO, dopełniliśmy badania analizą moczu, która wykazała wielką obfitość barwników żółciowych, brak białka lub innych składników anormalnych. Parodniowa obserwacja pozwoliła stwierdzić odbarwienie wypróżnień oraz zauważyć jednorazowe podniesienie ciepłoty do 38.2 stopni. Rozpoznałem: *Cho-*

lecystitis calculosa. Obstructio chronica d. choledochi zalicilem operację.

Wykonałem ją d. 6. X. 1905 r. przy pomocy kolegów: KARCZEWSKIEGO, ZIELIŃSKIEJ i KIELKIEWICZA. Cięcie tym razem zrobiłem kątowe (zmodyfikowane cięcie CZERNY'ego) od *proc. xyphoideus* po linii środkowej w kierunku pępka, nie dochodząc doń na 3 palce, a ztąd poprzecznie do chrząstki 10-go żebra. Najpierw zrobiłem cięcie poprzeczne, a przekonawszy się, iż nie wystarczy ono do wyłonienia wątroby na zewnątrz, dodałem cięcie po linii środkowej i przekonałem się, iż istotnie cięcie to daje wyborny dostęp. Po otworzeniu jamy brzusznej zrostów nie znalazłem. W umiarkowanie napełnionym pęcherzyku dały się wymacać kamienie. Ochroniwszy serwetami otoczenie, wypuściłem trójgrańcem zawartość pęcherzyka, ciemno-zieloną, dość gęstą. Następnie rozciąłem nożyczkami pęcherzyk w kierunku podłużnym i łyżką KÖRTEGO wydobyłem 5 sporych fasetkowanych kamieni. Po wydobyciu ich przedłużyłem cięcie pęcherzyka na zgłębniku żłobkowanym do kanału pęcherzykowego i przez ten ostatni, aż do *d. choledochus*. Ten ostatni znalazłem kolosalnie rozciągnięty, do tego stopnia, iż wprowadziłem palec głęboko po za dwunastnicę. Na razie kamienia nigdzie wymacać nie mogłem. Gruby zgłębnik wprowadzony na głębokość 6-ciu ctm. w kierunku brodawki VATER'a też nie wykrył. Dopiero, obmacując tylną ścianę brzuszną przez dwunastnicę, wykryłem jakieś twarde ciało nieco na zewnątrz od zewnętrznego brzegu dwunastnicy. Gdy to ciało uniósł ku górze i ku wewnątrz, a jednocześnie wprowadziłem wskazujący palec lewej ręki do *d. choledochus*, przekonałem się, iż w bocznej ścianie kanału, tuż za dwunastnicą istnieje otwór prowadzący do uchyłka, w którym leży kamień. Kamień ten pierwiastkowo nie dał się przepełnić przez szyję uchyłka do *d. choledochus*. Dopiero po kilkakrotnych próbach, udało mi

się podważyć go małą łyżeczką KÖRTEGO, a naciskając jednocześnie od zewnątrz przepechnąć do przewodu wspólnego przez dziurę łączącą uchylek z przewodem. Usunięty kamień był zupełnie okrągły i mierzył $1\frac{1}{2}$ ctm. w średnicy. Takie niezwykle ulokowanie kamienia zmusiło mię do przypuszczenia, iż po za nim musi się jeszcze drugi kamień w przewodzie wspólnym znajdować, nie chciało mi się bowiem wierzyć, aby kamień, leżący w uchylku przewodu i nie mogący samoistnie się z niego wydostać, mógł wywołać takie objawy, jakie u chorej zauważyliśmy. Tymczasem najskrzętniejsze poszukiwanie palcem i zgłębnikiem były bezowocne. Żadnego innego złoju w przewodzie wspólnym nie znalazłem. Należało więc przypuścić, iż wytworzenie się uchylka mieszczącego kamień wpłynęło na znaczne zwężenie przewodu poniżej tego uchylka, że każde zapalne podrażnienie, biorące początek w uchylku, odbijało się na zwężonej części przewodu w ten sposób, że błona śluzowa obrzmiewała do tego stopnia, iż chwilowo zupełnie zamykała światło i wytwarzała te same warunki co kamień, przesuwający się tam i na powrót w samym przewodzie. Po stwierdzeniu braku wszelkich innych złoży w przewodzie wspólnym, oprócz wydobytego już kamienia, wyloniła się kwestya co zrobić z istniejącym uchylkiem. Pozostawienie go o tyle narażało chorą, iż mogło być przyczyną stagnacji żółci, a więc i punktem wyjścia dla wytworzenia nowego kamienia; tembardziej, iż przecież te długotrwałe łożysko usuniętego kamienia aseptycznym nie było. Myślałem, iż można by w różny sposób zaradzić złemu, czy odseparowawszy dwunastnicę odciąć uchylek a otwór w przewodzie zaszyć dwupiętrowym szwem, czy po odseparowaniu dwunastnicy bez odcinania pomarszczyć go tylko szwami nałożonemi od zewnątrz (*narsupialisatio*). Wszystkie te rękoczyny wydały mi się zbyt skomplikowane, a ponieważ poszukiwania moje i tak już sporo zabrały czasu i chora była wyczerpa-

na, więc, pozostawiając uchylek jego własnemu losowi, wprowadziłem cienki dren do *d. hepatici*, a ułożywszy go w rynnie wytworzonej z rozciętego kanału pęcherzykowego i pęcherzyka, obszyłem na nim całą ranę zrobioną w drogach żółciowych dwupiętrowym szwem katgutowym kuśnierskim. Pęcherzyk umocowałem 2 majedwabnemi szwami w zewnętrznym kącie rany ścian brzusznych. Szw katgutowy, nałożony na drogi żółciowe, oddzieliłem od reszty jamy brzusznej za pomocą małego worka Mirkulicza. Całą ranę w linii pośrodkowej, jako też część wewnętrzną cięcia poprzecznego zaszyłem 3 piętrowym szwem (2 piętra katgutowe na pochwę *mli. recti*, skórę Fil de Florence i agrafrkami).

Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyslny. Pierwsze 10 dni sam obserwowałem pacjentkę, później, wskutek mojej choroby, opiekowali się nią kol. KARCZEWSKI i KIEŁKIEWICZ. Od operacji chora już ani bólów, ani gorączki nie miała. Żółć z początku wydzielala się obficie przez dren, jednak już po 2-tych tygodniach stolce nabrały normalnej barwy, a ilość wydzielanej żółci znacznie się zmniejszyła. Po usunięciu drenu szybko nastąpiło zagojenie, tak, iż chora w 5 tygodni po operacji była zupełnie zagojoną. W sierpniu r. b. na moje listowne zapytanie odpowiedział mi mąż pacjentki, iż do obecnej chwili ani ściskań, ani bólów, ani wymiotów nie miewa. Ostatnie ślady żółtaczki znikły w grudniu roku przeszłego i nie powtórzyły się więcej. Chora narzeka jedynie czasami na bolesność blizny, która się przy dłuższem chodzeniu mocno wypukła. (*hernia*).

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

106 ΚΕΡΦΑΛΛΙΝΟΣ. Ostry gościec stawowy, płasawica i zapalenie wsierdza u dzieci.

Autor wnioski swe opiera na 129 przypadkach, spostrzeganych w klinice dziecięcej w Graz. W pierwszym roku życia ostry gościec stawowy zdarza się niezwykle rzadko. Na pojedyncze przypadki, opisane przez różnych autorów u ssawców, K. zapatruje się sceptycznie. Sam autor tylko jeden raz spostrzegł ostry gościec u dziesięciomiesięcznego ssawca z wysoką przestankową gorączką i zapalnym zajęciem dwóch stawów, przy dalszem jednak spostrzeganiu okazało się, że miało się do czynienia z zakażeniem pneumokowem, i dziecko zmarło na zapalenie płuc. Dopiero od 4-go roku życia ostry gościec zaczyna występować częściej. Przypadki autora dość równomiernie rozdzielają się na okres od 5 do 15 lat. Dalej częstość choroby nie jest zależną od płci: w przypadkach autora chorowało na gościec 64 chłopców i 65 dziewczynek. Co się tyczy momentów dziedzicznych i rodzinnych, to dziedziczenie jednorodne (homologiczne) odgrywa bez kwestyi wielką rolę w ostrym gościecu stawowym, chociaż pamiętać należy, że mieszkanie i tryb życia są jednakowe u rodziców i dzieci, a więc szkodliwości, którym podlegają, są również jednakowe. CADET de GASSICOURT, FULLER, PICOT i GOODHART stwierdzili wyraźnie wpływ czynników dziedzicznych w 60% przypadków, podczas gdy LACHMANSKI, który bardziej krytycznie obchodził się ze swym materiałem, stwierdził dziedziczność homologiczną wszyskiego w 7%. STEINER wspomina o kobiecie chorej na gościec stawowy, u której z 12 dzieci 11 dotkniętych było tem samem cierpieniem. W przypadkach K. ojciec i matka przebyli gościec w 22 na 69 przyp., siostry cierpią lub cierpiały na gościec w 8 dalszych przyp. na 69; kilka przypadków gościa w rodzinach chorych dzieci występowały w 5 przyp. na 69. Wogóle więc u 50,7% chorych autora zauważyć się dało rodzinne występowanie choroby. Nadto godnem

uwagi jest, że 23% chorych dzieci pochodziło z rodziców gruźliczych. Odsetka ta u LACHMANSKIEGO wynosi 13%. W 30 na 74 przyp. wywiady wskazywały na zimne, wilgotne i ubogie w światło mieszkanie. Pierwszy wybuch cierpienia zdarzył się 65 razy w zimie, 60 razy w lecie. Największa liczba zachorowań przypadła na maj, najmniejsza na sierpień. BAGINSKY podaje stosunek odwrotny, tak że zależność częstości zachorowań od miesięcy nie jest stała.

Pierwsze objawy choroby najczęściej występowały w postaci skarg na bóle stawowe, o wiele rzadziej poprzedzały zaburzenia w stanie ogólnym, jak gorączka, osłabienie, bóle głowy i brzucha, niespokojny sen; w 3-im szeregu przypadków choroba rozpoczynała się od bólu gardła, utrudnienia w polykaniu (*angina. pharyngitis*). Wyjątkowo rzadko pierwsze objawy chorobowe stanowiły bóle mięśniowe, krwawienie z błony śluzowej nosa i pochwy oraz silne wymioty.

Co się tyczy przebiegu choroby, to autor nie zgadza się z BAGINSKY'm, który utrzymuje, że przebieg jest mniej lub więcej złośliwy, a w każdym razie bardzo poważny. Większość przypadków autora miała przebieg lekki, lżejszy, niż u dorosłych. Wszystkie objawy, jak wahania ciepłoty, zachowanie się wysięku zapalnego i t. d., bardzo szybko ustępowały pod wpływem przetworów salicylowych. Właśnie u młodych dzieci objawy mtejskowe nie były wcale ciężkie, a trwanie choroby było krótkie, przeciętnie 5 o dniowe. U niektórych ze starszych dzieci gorączka miała przebieg przepuszczający i długotrwały, a działanie salicylu było nie bardzo skuteczne.

Z 22 niepowikłanych przypadków ostrego gościa stawowego w jednym tylko nastąpiło zejście śmiertelne wskutek rozwinienia przewlekłego zniekształcającego zapalenia stawów i wreszcie silnej ogólnej amyloidozy. Siedmioro z tych dzieci miało później nawroty choroby i

doznało mniejszego lub większego upośledzenia w ruchach.

Co się tyczy umiejscowienia gościa, to ze statystyki autora wynika, że: 1) najczęściej dotknięte stawy (skokowy, kolanowy, napiętkowy, łokciowy) najwcześniej zachorowują, 2) udział stawów górnych i dolnych kończyn jest w przybliżeniu jednakowy.

Powikłanie zapaleniem wsierdza wystąpiło w 70% spostrzeganych przypadków, co zgadza się z danymi LACHMAŃSKIEGO (71%), jak również z przeciętną częstością u rozmaitych innych autorów. Zastanawia zachowanie się pod tym względem obu płci: podczas gdy z 63 chłopców tylko 28 zapadło na zapalenie wsierdza, na 66 dziewczynek zachorowały 63, a zatem prawie wszystkie. Podobne, choć nie tak uderzające, jest zachowanie się płasawicy u obu płci: 5% chłopców i 20% dziewczynek. Autor wnioskuje, że wsierdzie u dziewczynek okazuje większą skłonność, wzgl. mniejszą odporność wobec ja-

du gościa stawowego, niż u chłopców, podczas gdy błona surowicza stawów posiada u obu płci jednakową odporność. W etiologii płasawicy u chłopców ostry gościec stawowy zdarza się o połowę rzadziej, niż u dziewczynek. Przebieg kliniczny płasawicy u obu płci jest prawie jednakowy. Początek choroby u chłopców jest o wiele rzadziej nagły, niż u dziewczynek. Trwanie mniej więcej jednakowe. Płasawica chłopców, powstała nie na tle ostrego gościa stawowego, ma przebieg mniej łagodny. Co się tyczy przebiegu zapalenia wsierdza, to mógł on być prześledzony w 43 przypadkach, w 8 przypadkach nastąpiła *restitutio ad integrum* po upływie kilku miesięcy i lat. We wszystkich pozostałych przypadkach rozwinęła się organiczna wada zastawkowa z następczymi zmianami mięśnia sercowego.

Wien. klin. Wochenschr. N. 19. 1906.

S. P.

Wiadomości bieżące.

— Stała delegacja Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, na posiedzeniu odbytem w Krakowie dnia 16 października b. r., postanowiła zwołać X Zjazd lekarzy i przyrodników polskich do Lwowa w m. lipcu 1907 r.

— Wystawa międzynarodowa w Antwerpii odbyć się ma w roku 1907 w miesiącu kwietniu, maju i czerwcu. Program wystawy zawiera także pożywienie, piwowarstwo i higienę. Wystawa odbyć się ma pod protektorem księżnej Flandryi. Bliższe szczegóły co do programu Wystawy od Sekretaryatu; adres: Antwerpia, ul. d'Arenberg N. 30.

— Program kursów dla lekarzy na wydziale lekarskim uniwersytetu we Lwowie w r. 1906. Kursy te trwać będą od dnia 1 do 20 grudnia 1906 r. Zapisy przyjmuje Kwestura uniwersytetu od 26 listopada do 1 grudnia. Godziny wykładowe w przeważnej części wykładow będą oznaczone później w porozumieniu z ucze-

stnikami. Liczba uczestników dla niektórych wykładów ograniczona. Zgłoszenia przyjmuje i bliższych wiadomości udziela prof. d-r Władysław SZYMONOWICZ we Lwowie ul. Pańska 4. 1) Radca dworu prof. d-r H. KADYI: Wybrane rozdziały z anatomii. 5 godz. tygodniowo. Czesne 20 koron. 2) Radca dworu prof. d-r L. RYDYGIER: a) Nowe sposoby badania i leczenie następne chorób chirurgicznych z uwzględnieniem praktyki prywatnej. 10 godz. tygodniowo od 10—12 z wyjątkiem soboty. 25 k. b) Kurs operacyjny wspólnie z asystentami 50 k. 3) Prof. dr. A. GLUZIŃSKI: Klinika chorób wewnętrznych z uwzględnieniem nowszych sposobów badania i leczenia, razem godzin 20, czesne 25 k. Prof. GLUZIŃSKI przy współudziale Doc. D-ra RENCKIEGO, Doc. D-ra MARISCHLERA i asystentów klinicznych: D-rów FRANKEGO, W. ZIEMBICKIEGO, REICHENSTEINA i CZERNECKIEGO, a mianowicie: a) Choroby krwi (hematologia kliniczna). —

Badania krwi w chorobach zakaźnych w celach rozpoznawczych z demonstracjami. — (WIDAL, FICKER) 3 godz. b) Narząd krążenia (Nowsze poglądy na leczenie chorób narządu krążenia — dzisiejsze zapatrywania na powstawanie i znaczenie kliniczne niemiarowości tętna — arytmia), 3 godz. c) Narząd moczowy (Badania chemiczne i drobnowidzowe) — leczenie, 3 godz. d) Narząd pokarmowy (Sposoby badania i rozpoznawania) 3 godz. e) moczówka cukrowa (*Diabetes mellit.*) i prosta (*D. insipidus*) z okazaniem najnowszych sposobów badania moczu i z uwzględnieniem postępowania dyetetycznego 3 godz. f) Demonstracje przypadków klinicznych i nowsze leki. — 5 godz. 4) Prof. D-r A. MARS: O postępie ginekologii w ostatnich latach 5 godz. tyg. 20 k. 5) Prof. D-r Wi. ŁUKASIEWICZ: Rozpoznawanie i leczenie chorób skórnych i wenerycznych. 5 godz. tyg. 20 k. 6) Prof. D-r MACHEK: Rozpoznawanie i leczenie chorób oczów. 5 godz. tyg. 20 k. 7) Prof. D-r J. RACZYŃSKI: a) choroby przewodu pokarmowego przy pomocy D-ra PROGULSKIEGO. — 3 godz. tyg. — 15 k. b) Ćwiczenia w intubacji i tracheotomii przy pomocy d-ra BIELSKIEGO. — 2 godz. tyg. 20 k. 8) Prof. d-r H. HALBAN: Dyagnostyka chorób nerwowych z szczególnem uwzględnieniem chorób rdzenia pancerzowego. — 5 g. tyg. 20 k. 9) Prof. d-r G.

ZIEMBICKI: Ćwiczenia operacyjne codziennie od 10 — 12 przed południem. — 50 k. 10) Prof. d-r H. SCHRAMM: Ćwiczenia w chirurgii wieku dziecięcego. 6 godz. tyg. 30 k. 11) Prof. d-r J. WICZKOWSKI: Badania chemiczno mikroskopowe przy łóżku chorego, (wspólnie z d-rem GIRTLMACHEREM WILEŃKO i d-rem M. SĘLZEREM. — 5 godz. tyg. 20 k. 12) Prof. d-r R. BARĄCZ: Kurs operacji brzusznych z uwzględnieniem wskazań (na zwłokach, w razie zgłoszenia się przynajmniej 10 uczestników) 5 godz. tyg. — 50 k. 13) Doc. d-r A. GABRYSZEWSKI: Kurs massage'u. — 4 godz. tyg. — 50 k. 14) Doc. d-r F. KOŚMIŃSKI: O nowszych operacjach położniczych. — 3 g. tyg. — 15 k. 15) Doc. d-r A. SOŁOWIJ: O nowszych poglądach na leczenie powikłań położowych. — 2 godz. tyg. 10 k. 16) Doc. d-r A. SZULISZAWSKI: Kurs wziernikowania. — 4 g. tyg. — 20 k. Doc. d-r A. GOŃKA: Ćwiczenia w wyjmowaniu zębów z uwzględnieniem ogólnego i miejscowego znieczulenia. — 4 godz. tyg. 20 k. 18) Doc. d-r P. KUCERA: Bakteryologia lekarska (ze szczególnem uwzględnieniem rozpoznawania bakteryologicznego w praktyce) 6 godz. tyg. — 25 k. 19) Doc. d-r E. BIERNACKI: Hematologia praktyczna. — 4 godz. tyg. — 20 k. 20) Doc. d-r M. HERMAN: Wybrane rozdziały chirurgii ogólnej. 5 godz. tyg. — 20 k.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1906/7 r. wakuje stypendium w kwocie 285 rb. rocznie, z legatu ś. p. doktora Ignacego GOŁĘBIEWSKIEGO, zmarłego w r. 1885 w m. Kamionce, powiecie olgopolskim, przeznaczone dla studenta Wydziału Lekarskiego Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego, stypendium przyznane ma być innemu niezamężnemu studentowi medycyny, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Życzący ubiegać się o rzeczony stypendium winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warsza-

wskiego najpóźniej do 15 września r. b. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) wiarogodnego dowodu niezamężności; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*). Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału lekarskiego, złożyć nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

p. o. Sekretarza Stałego W. Kosmowski.

HEMATOGEN D-ra HOMMELA

(skoncentrowanej i oczyszczonej hemoglobiny (niem. pat. № 81391) 80,0, chemicznie czystej gliceryny, włączając w to i istotę smak poprawiającą 20,0).

Energiczny środek odtwarzający krew.

Silnie pobudza apetyt.

Daje wyśmienite wyniki w angielskiej chorobie, żółtaczce, ogólnym osłabieniu, bezkrwistości, przy osłabieniu serca i nerwów i u rekonwalescentów po zapaleniu płuc, grypie i in. chorobach.

Odznacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmują go dzieci.

Bez dodatku kwasu borowego i salicylowego i wszelkich innych środków antybakteryjnych; zawiera prócz zupełnie czystej hemoglobiny wszystkie sole świeżej krwi, a szczególnie nadzwyczaj ważne sole kwasu fosforowego (kali, natri i lecytynę), prócz tego niemniej ważne białkowe związki surowicy w czystej skoncentrowanej postaci bez żadnego rozkładu. Jako środek odtwarzający krew, dyetetyczny i wzmacniający, zawierający żelazo, hematogen nie da się zastąpić przy wszystkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych.

Absolutny brak laseczników gruźliczych zagwarantowany wielokrotnie opisanym przez nas sposobem przygotowania przy zastosowaniu możliwie wysokiej temperatury. Takiej gwarancji nie dają nigdy sposoby przygotowania w chłodzie (zapomocą eteru i t. d.)

— Ostrzegamy przed fałszerstwem i prosimy zawsze zapisywać **Hematogen D-ra HOMMELA.** —

Dawki dobowe: Dla ssawców 1—2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura napoju); dla starszych dzieci 1—2 łyżek deserowych (czyste); dla dorosłych 1—2 łyżek stołowych na pół godziny przed jedzeniem, ze względu na wybitne własności preparatu pobudzającego apetytu.

Dla pp. lekarzy, pragnących osobiście wypróbować nasz preparat wysyłamy **bezpłatnie** i z **bezpłatną** przesyłką próbną ilość.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

NIKOLAI i K-o. Petersburg. Smolenska ulica 33.

Glycosal

Tropacocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum.



Surowica antydiftery-
tyczna—Merck'a
Surowica streptokoko-
wa—Menger'a
Surowica pneumokoko-
wa—Römer'a
Tyfusdiagnosticum —
Ficker'a
Jequiritol — Jequiritolse-
rum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrolysin

Nowy związek tiozinaminy, wypuszczony na sprzedaż gotowy do użytku w małych butelkach po 2,3 ctm., odpowiadających 0,2 grm. tiozinaminy. Służy do bezbolesnego wstrzykiwania śródmięśniowego.

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H_2O_2 . Zaleca się jako środek przeciwnieżylny w chirurgii, w praktyce urologicznej, usznej i dentystrycznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

Paranephryn

Nowy preparat nadnercza, względnie nieszkodliwy i nietrujący. W połączeniu z kokainą szczególnie przydatny do znieszczenia zapomocą wstrzykiwań.

Zelatyna sterylizowana

do wstrzykiwań w rurkach po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciwnieżylnymi ostrożnościami ze świeżego materiału.

RP. Dionin 0,3 grm.

Aquae laurocerasi 15 grm. 10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz. Wskaz.: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma działania ubocznego i innych pochodn. tejże.

Brompin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. łyżeczka od kawy i więcej 2 i 3 razy dziennie (łyżeczka od kawy czyli 4 grm. bromipiny 10% = 0,4 grm. bromu = 0,6 KBr). Wskazania: neurastenia, histerya, roztrój nerwowy. Nie ma działania ubocznego KBr.

Hämogallol

W oryginalnych pudełkach Merck'a po 100 pastylek po 0,25 grm. Dawka: 2 pastylki 3 razy dziennie przed jedzeniem. Wskazania: anemia, bladeńka, okres zdrowienia po chorobach. Działła w małych dawkach, dobrze się łączy.

Iodipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Przyjmować od 2 do 3 łyżeczek od kawy i więcej dziennie w ciepłym mleku. (Łyżeczka od kawy czyli 4 grm. jodipiny 10% = 0,4 grm. jodu = 0,5 grm. KI. Wskazania: żółty, kaszel oskrzelowy emphyzem. Nie ma ubocznego działania KI.

Iodipin 25%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. 10 do 20 ctm. sz. dziennie jako wstrzykiwanie podskórne lub mięśniowe w ciągu 10 dni i dłużej (10 ctm. sz. jodipiny 25% = 2,5 grm. jodu = 3,25 grm. KI.). Wskazania: trzeciorzędny syfilis, arterioskleroza, ischias, emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Antithyreoidin Möbius

znakomity środek przeciw chorobie Basedowa, wywołuje zmniejszenie wola, częstotści pulsu i oddechów jak również zmniejsza wypuklenie gałek ocznych i poprawia stan ogólny.

Veronal

Nowy znakomity środek nasenny, bez ubocznego i następczego działania właściwego innym środkom nasennym. Dawka dla dorosłych: 0,5 grm.

Bromalin

Najlepszy środek przeciw padaczkowemu, pozbawiony wszelkich własności ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej aniżeli inne bromki w tych że daw. podawane.

Tannoform

Środek ściągający, przeciwnieżylny, specyficzny przeciw nozom potom suchotników. Działa również skutecznie przeciw obfitym potem turystów, sportowców i wojskowych.

Stypticin. Zapisuje się chętnie oryginalne preparaty Merck'a. Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz.: krwot. miesiączk., krwot. przy zatrzymanej mies., obfite miesiączkowe krwotoki.

Literatura i próby dla pp. lekarzy
bezpłatnie.

SKROFULY

ANEMIA

SYFILIS

UZNAWE OD AKADEMII MEDYCZNEJ
WYMAGAĆ
Etykiety zieloną — Podpis
Adres : 40, rue Bonaparte, PARYŻ

WYSTRZEGAĆ SIĘ BEZSKUTECZNYCH PODRABIAŃ

Uprasza się P.P. Lekarzy zapisywać zawsze:
PIGULKI BLANCARD

PILULES DE BLANCARD

DE PARIS

Rada Lekarska w Petersburgu orzekła,
że wyrób Pigulek Blancard wymaga
wielkiej zręczności, którą osiąga się
tylko przy produkcji wyłącznej i ciągłej
„Journal de St. Petersburg“ z dnia
8/20 Czerwca 1860 r.

LEUCORRHEA

BLEDNICA

STAN LIMFATYCZNY



PARKE, DAVIS & Co.



DETROIT
(Ameryka).

ST. PETERSBURG,
B. Kuniuszennaja
I /8.
Telefon № 233-81.

LONDYN
(Anglia).

Największe w świecie laboratorium do przygotowywania środków lekarskich na podstawach naukowych.

Stosowanie środków o nieokreślonym składzie dyskredytuje tylko terapię. Przepisując lekarstwa należy zwracać baczna uwagę na siłę ich działania, jeżeli zaś ta ostatnia nie jest wiadomą, to stosowanie takiego środka będzie tylko empiryczne i będzie paraliżować wszystkie strony dodatnie ścisłego rozpoznania.

Istnieje tylko jeden sposób, umożliwiający ściśle określenie wartości leczniczej danego lekarstwa przed jego zastosowaniem. Sposób ten polega na poprzednim zbadaniu chemicznym i fizyologicznym. Po licznych samodzielnych badaniach udało nam się oznaczyć działanie wielu środków za pomocą chemicznych i fizyologicznych sposobów. Próby surowych lekarstw bada się przedewszyst-

klem na zwierzętach; w razie otrzymania dodatnich wyników dopiero z nich wyrabia się preparat farmaceutyczny. Próby otrzymanego preparatu bada się następnie fizyologicznie i chemicznie i sprowadza się je do określonego działania. W ten sposób możemy ręczyć za pełne i zawsze stałe, określone działanie wszystkich naszych preparatów bądź w postaci płynnej lub stałej, bądź w proszku lub w miksturze, pigułkach, tabletkach i t. p. Tylko dzięki takiemu racjonalno-naukowemu sposobowi przygotowywania, udało nam się osiągnąć tego, że nasze preparaty: **Adrenalina, Acetozon, Brometon, Chloreton, Kaskara-Sagrada, Taka-Diastaza** i t. d., zyskały sobie zupełnie zasłużony, wszechświatowy rozgłos.

Preparaty nasze można dostać w aptekach i składach aptecznych.

Zadajcie literaturę ze swej specjalności i cenniki.